

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1937-1938 — N° 68

**LES HÉMORRAGIES GRAVES
DUES AU PLACENTA PRÆVIA
DANS LES SIX PREMIERS MOIS
DE LA GESTATION**

Travail de la Clinique Obstétricale du Professeur J. VORON

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 24 Février 1938

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Raoul VINET

Né le 25 Décembre 1912, à LYON (Rhône)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

1938

**Les Hémorragies graves dues au Placenta Prævia
dans les six premiers mois de la gestation**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1937-1938 — No 68

LES HEMORRAGIES GRAVES
DUES AU PLACENTA PRÆVIA
DANS LES SIX PREMIERS MOIS
DE LA GESTATION

Travail de la Clinique Obstétricale du Professeur J. VORON

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 24 Février 1938

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Raoul VINET

Né le 25 Décembre 1912, à LYON (Rhône)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1938

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ
BARRAL, PIC, CONDAMIN, PAVIOT, NICOLAS, VILLARD, NOVE-JOSSERAND.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. FROMENT.
Cliniques chirurgicales		SAVY.
Clinique obstétricale et Accouchements		TIXIER.
Clinique ophtalmologique		BERARD.
Cliniques dermatologique et syphiligraphique		VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique ..		BONNET.
Clinique médicale infantile		FAVRE.
Clinique gynécologique		LEPINE (J.).
Clinique Oto-rhino-laryngologie		MOURIQUAND.
Clinique urologique		PATEL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		COLLET.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose		GAYET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		TAVERNIER.
Chimie biologique et médicale		COURMONT.
Chimie organique et Toxicologie		CLUZET.
Matière médicale et Botanique		FLORENCE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		MOREL.
Anatomie		MANCEAU.
Histologie		GUIART.
Physiologie		LATARJET.
Pathologie interne		POLICARD.
Pathologie générale et thérapeutique		HERMANN.
Anatomie pathologique		J. CHALIER.
Chirurgie opératoire		CADE.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie		J.-F. MARTEN.
Médecine légale		COTTE.
Hygiène		ARLOING (F.).
Pharmacie et Pharmacologie		Etienne MARTIN
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		ROCHAIX.
		LEULIER.
		PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	MM. THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOËL.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GABRIELLE	GUILLEMINET	DE ROUGEMONT	MORIN
DECHAUME	MORENAS	P. RAVAUULT	BERTRAND
BERNHEIM	REBATTU	PIGEAUD	CLAVEL
POLLOSSON	REVOL	PONTHUS	LEVRAU
CHAMBRON	ENSELME	CROIZAT	
CIBERT	SEDALLIAN	JOSSERAND	
EPARVIER	CREYSSSEL	DELORE	

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. VORON, *président* ; RHENTER, *assesseur* ;
DUFOURT et PIGEAUD

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

En témoignage de ma profonde
reconnaissance.

A MES FRERES

A MES PARENTS ET AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

*Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine
de Lyon*

Nous le remercions d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre Jury de thèse.

Il nous a toujours prodigué son enseignement fondé sur une longue expérience, avec une attention bienveillante, au cours d'un stage malheureusement trop court, à la Clinique obstétricale.

Qu'il trouve ici l'expression de notre gratitude et nos vœux très respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUFOURT

*Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine
Médecin des Hôpitaux*

Nous nous souvenons avec plaisir du semestre agréable et plein d'enseignements, passé dans son service à l'hôpital Sainte-Eugénie.

Il nous a fait l'honneur d'accepter d'être de notre Jury de thèse.

Qu'il veuille bien agréer ici nos remerciements et croire en l'assurance de notre profond respect.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RHENTER

*Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine
Accoucheur des Hôpitaux*

Il a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter d'être de notre Jury de thèse, et nous a réservé le meilleur accueil.

Nous le prions d'agréer ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIGEAUD

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine

Nous le remercions d'avoir bien voulu faire partie de notre Jury de thèse et l'assurons de notre considération respectueuse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARTINE

Médecin-Chef de l'Hôpital Saint-Joseph

C'est à lui que nous devons nos premières notions en médecine. Nous n'oublierons jamais la manière bienveillante, la patience et la clarté avec laquelle il nous prodigua son enseignement. Il fut pour nous un conseiller et un guidé.

Qu'il reçoive ici l'assurance de notre vive reconnaissance et de notre respectueux attachement.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR BONNAMOUR
MONSIEUR LE DOCTEUR GUILLEMINET
MONSIEUR LE PROFESSEUR COLLET
MONSIEUR LE DOCTEUR ROCHET
MONSIEUR LE DOCTEUR DUFOURT
MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS

A MONSIEUR LE DOCTEUR LYONNET

Moniteur à la Clinique obstétricale

Il nous a guidé tout au long de ce travail. Qu'il veuille bien agréer ici nos remerciements et croire à notre sincère reconnaissance.

Les Hémorragies graves dues au Placenta Prævia dans les six premiers mois de la gestation

I

INTRODUCTION

Classiquement, le placenta prævia ne donne ses grands accidents que dans le derniers tiers de la gestation.

L'étude historique par laquelle débute notre travail nous montre que les idées à ce sujet ont peu à peu évolué et l'on admet presque universellement maintenant la possibilité d'accidents hémorragiques et surtout d'avortements dans les premiers stades de la gestation. Cependant fort peu d'auteurs ont insisté sur la gravité que pouvaient revêtir certains accidents précoces qui viennent troubler le développement d'un œuf bas inséré. Aussi a-t-il paru utile à notre Maître, M. le Professeur Voron, d'attirer l'attention sur ces faits. Nous lui sommes donc profondément reconnaissant de nous avoir confié le sujet de cette thèse.

Au cours de la seule année scolaire 1936-1937 on a pu observer à l'infirmerie de la Clinique obstétricale de Lyon, cinq de ces accidents nécessitant une thérapeutique d'urgence et mettant en danger la vie des malades. Si l'on rapproche ce chiffre de celui des malades entrées à l'infirmerie pendant cette période on

voit que 830 femmes ont été hospitalisées pendant ce laps de temps, dont 750 environ pour séquelles ou menace d'avortement spontané ou provoqué.

De tels accidents ne sont donc pas exceptionnels et méritent une étude d'ensemble. MM. Rhenter et Pigeaud avaient déjà publié, il y a quelques années, un travail très documenté sur un sujet voisin de celui que nous traitons.

Il ne nous paraît pas nécessaire de suivre au cours de ce travail le plan classique (étude clinique, diagnostic, traitement...); nous comptons développer au contraire très largement la partie historique et après une brève étude clinique des accidents observés, essayer d'en rechercher le mécanisme en nous servant des travaux des auteurs classiques et de nos Maîtres. Nous envisagerons enfin rapidement le pronostic et le traitement de ces accidents.

HISTORIQUE

Classiquement les accidents du placenta prævia surviennent dans les trois derniers mois de la gestation. D'ailleurs, nombre d'auteurs anciens admettaient que l'insertion basse du placenta était consécutive au glissement ou à la chute de l'œuf complet à une époque plus ou moins avancée de la gestation, et à l'insertion secondaire de celui-ci au point où l'avait amené l'accident en question. En tout cas jusqu'à une époque relativement récente, tous les auteurs sont d'accord pour faire débiter les accidents pendant le troisième trimestre. C'est ainsi que Brodhead et Langrock [5] sur une statistique de 70 cas ne signalent aucun incident avant le 7^e mois. Depaul [9] dans une autre statistique de 70 cas note une seule intervention à 6 mois. Ce n'est que dans la statistique de Tarnier [36] que l'on voit apparaître sur un total de 57 placentas prævia un cas d'accident survenu au 5^e mois et deux au 6^e mois.

DATE D'APPARITION DE LA PREMIÈRE HÉMORRAGIE

Pourtant, le premier, Jacquemier [15] en 1846, avait attiré l'attention sur la possibilité d'hémorragies

parfois inquiétantes avant le 3^e trimestre. Nombreux à l'étranger furent ceux qui partagèrent cette opinion. Barnes [2] et Duncan [11] virent des hémorragies très précoces. Glicynski [12] signale une hémorragie à 4 mois. Muller [23] sur 372 placentas prævia avait vu 82 hémorragies avant le 6^e mois, mais presque toutes étaient survenues entre le 5^e et le 6^e mois. Kraul [18], pour 100 hémorragies du 3^e trimestre, n'en relève que 20 n'ayant pas saigné antérieurement au moment où s'est produite l'hémorragie qui a fait faire le diagnostic. Pinard [26] relève la première hémorragie avant le 6^e mois dans presque la moitié des placentas prævia et apporte à l'appui de ses dires une statistique de 169 cas. Plus récemment Constance Bucsan [6] reproduisant dans sa thèse des observations de Couvelaire, note sur 125 placentas prævia anatomiquement contrôlés avec 71 formes hémorragiques seulement 29 malades chez lesquelles les hémorragies avaient débuté avant le 6^e mois, et chez 7 d'entre elles, l'hémorragie initiale datait du premier mois de la gestation. Montibert [22] dans sa thèse, signale deux hémorragies au début de la grossesse. Actuellement cette notion des hémorragies précoces souvent étiquetées « menace d'avortement » chez des femmes ultérieurement traitées pour des accidents hémorragiques graves est bien connue. Jeannin [16] a bien insisté là-dessus. A l'étranger, Young Sullivan [35] accorde une large place à l'insertion vicieuse du placenta dans l'étiologie des hémorragies précoces de la gestation. Vignes [44] dans sa récente monographie insiste à son tour sur la fréquence de

ces hémorragies précoces sans donner de chiffres précis.

AVORTEMENT SPONTANÉ PAR INSERTION VICIEUSE.

Depuis longtemps, des auteurs anglais et allemands admettaient que le placenta prævia constitue une cause fréquente d'avortement spontané. Pour Barnes [2] et à la même époque pour Matthews Duncan [11] qui se firent les promoteurs et les défenseurs acharnés de cette idée, la placenta prævia est même l'étiologie de beaucoup la plus fréquente des avortements non criminels. Sans être aussi catégorique que les auteurs précités, Ritgen [28], Simpson [32] et enfin Stark [34] admirent cette étiologie. Quant à Leishman [20] s'il admet que l'insertion vicieuse du placenta peut être à l'origine d'avortements, ceux-ci ne présentent pour lui aucun caractère particulier et leur étiologie est presque toujours méconnue. Hecker [14] et Schröder [30] incriminent surtout la variété centro-centrale du placenta prævia et lui accordent une place importante. En France, il faut attendre l'observation de Tissier [37] et sa discussion à la Société Obstétricale de France pour voir à son propos Tissier lui-même, Pinard et la plupart des obstétriciens présents rappeler tour à tour des observations analogues et admettre la fréquence des avortements par insertion basse. Les cas de Tarnier [36] déjà cités et rappelés dans le Traité de Tarnier et Budin avaient bien entraîné l'avortement ainsi que les cas plus anciens de Depaul [9]; mais jamais les auteurs n'avaient attiré l'attention sur ce fait.

La même année, Varnier [42] insistait à nouveau sur la fréquence de cette étiologie. Si l'on cherche maintenant des chiffres un peu plus précis, on trouve dans Charpentier [7], 34 cas d'avortement sur 856 placentas prævia diagnostiqués en réunissant les statistiques de Kühn [19], Ludwig Müller [23] et Trask [38]. On aboutit suivant l'âge de la grossesse aux résultats suivants :

1	avortement	à 3 mois
2	—	à 4 mois
10	—	à 5 mois
21	—	à 6 mois

Brion [4] dans sa thèse croit pouvoir invoquer le placenta prævia dans 64 avortements sur 530 observations retenues. Keiffer [17] publie un avortement à 5 mois par placenta prævia. De Rouville et Madon [29] rapportent également une observation d'avortement à 5 mois avec placenta prævia indiscutable et dans leur observation l'hémorragie avait débuté dès le deuxième mois de la grossesse. Vignes [44] affirme la fréquence de tels avortements sans préciser là encore de chiffre, mais surtout il insiste avec raison sur la nécessité de pratiquer un examen méthodique bien attentif du délivre après chaque avortement de façon à ne pas méconnaître le placenta prævia lorsqu'il interrompt prématurément la gestation. Vanverts et Mlle Gallet [41] publient une observation indiscutable d'expulsion de l'œuf complet par placenta prævia au 6^e mois de la gestation. A Lyon, Pigeaud [25] dans sa thèse, se trouve en mesure d'incriminer formellement le placenta prævia sur les seuls carac-

tères de l'œuf expulsé en totalité, 6 fois sur 110 œufs humains examinés; mais il trouve une proportion élevée de cas douteux où la preuve d'une telle étiologie ne peut être faite. En somme, actuellement, le rôle du placenta prævia dans l'avortement spontané est reconnu par tous les accoucheurs et gynécologues français — avec toutefois une importance plus ou moins grande suivant les auteurs. A l'étranger, on voit Carl Abernethy [1], Green [13], Verrucoli [43] et Dougal [10] étendre ou restreindre tour à tour la place occupée par l'insertion vicieuse dans l'étiologie des hémorragies et l'interruption précoce de la gestation.

ACCIDENTS GRAVES PRÉCOCES DUS AU PLACENTA PRÆVIA.

Si l'apparition des hémorragies précoces, si l'avortement spontané, sont actuellement des complications bien connues de l'insertion basse du placenta, peu d'auteurs, sinon aucun, n'ont insisté sur la gravité de certains accidents précoces et sur la nécessité dans ces cas-là d'interrompre une grossesse presque toujours gravement compromise. Pourtant en fouillant dans la littérature, on trouve des observations déjà anciennes d'accidents graves ayant nécessité un traitement obstétrical actif dans les deux premiers trimestres de la gestation. Dans le traité de Simpson [32] on voit rappelées trois observations où l'on dut remédier à une hémorragie menaçante par le décollement complet du placenta suivant la manœuvre réalisée en premier lieu par Wood et rendue célèbre par les

travaux de Simpson qui lui donna son nom. La plus ancienne est celle d'Oslander [24], de Göttingen, datée de 1822 : il s'agissait d'une hémorragie profuse au 4^e mois de la gestation; le décollement du placenta arrêta l'hémorragie et fut suivi de l'expulsion spontanée du fœtus et de ses annexes. Trefurt [39] ensuite en 1841 enraya une hémorragie menaçante par le décollement du placenta et dut faire une version pour présentation du tronc; le volume du fœtus correspondait à une gestation de trois mois environ. Enfin Ingelby, praticien anglais, imbu des idées de Simpson auquel il communiqua cette observation, intervint au 5^e mois de la gestation; l'hémorragie s'arrêta après le décollement du placenta, mais on dut faire une version sur présentation céphalique pour extraire le fœtus. A l'étranger encore, mais plus près de nous, Mary Smith [33] publie un cas très curieux où coexistaient un cancer du col et un placenta prævia, l'attention ayant été attirée sur cette double lésion par des hémorragies inquiétantes à 3 mois 1/2. L'hystérectomie vaginale fut suivie de guérison. On ne trouve ensuite aucune observation caractéristique jusqu'à celle que cita Pinard [26] au cours de la mémorable discussion de la Société obstétricale de France en 1892 et qui fut depuis reproduite dans certains traités classiques. Pinard ne précise pas l'âge de la grossesse lorsqu'il dut intervenir, mais il fut obligé de rompre les membranes puis de mettre en place un ballon de Champetier de Ribes et assista ensuite à l'expulsion spontanée d'un fœtus de 580 gr. et d'un placenta de 180 gr. Il s'agissait d'un placenta prævia central partiel.

Cette observation est pratiquement superposable à notre observation 4.

Constance Bucsan [6] ne signale aucune intervention précoce malgré l'apparition d'hémorragies dès les premiers mois de la gestation dans nombre de ses observations. Bonnaire et Wilhelm [3] discutent l'interruption de la gestation chez une tertigeste présentant à 4 mois 1/2 des hémorragies persistantes et graves. L'hémorragie s'arrêta enfin après l'avortement spontané qui montra un fœtus macéré avec un curieux cas de placenta prævia par extension des villosités placentaires à presque toute la surface choriale; cet œuf expulsé en bloc était placenta presque partout, rappelant ainsi de très près les premiers stades du développement ovulaire. De même dans leur observation déjà citée, Vanverts et Mlle Gallet avaient pu discuter l'intervention devant l'importance de l'hémorragie. Là encore, l'expulsion en bloc d'un œuf de 6 mois avait enrayé les accidents. Montibert [22] dans sa thèse, s'il ne cite pas d'accident grave dans les tout premiers mois de la gestation, rapporte néanmoins deux observations d'intervention très précoce avant 7 mois. L'observation de Magid [21] entre mieux dans le cadre de notre travail; elle concerne une octigeste de 38 ans décédée d'une hémorragie brutale avant qu'on ait pu extirper l'utérus. L'évacuation utérine n'avait pu suffire à enrayer l'hémorragie et cet auteur dut recourir à l'hystérectomie totale, l'écoulement sanglant venant du col et du segment. Le choc et l'anémie étaient trop intenses et cette malade atteinte d'une grossesse cervicale, plus peut-

être que d'un placenta prævia banal, succomba. Turenne [40] pratiqua une césarienne haute chez une primipare enceinte de 5 mois présentant une hémorragie persistante, le col dur et long ne permettant pas de traitement par voie basse. Toutefois, le poids du fœtus était en disproportion marquée avec l'âge présumé de la grossesse, si bien qu'il semble que nous ne devions pas retenir cette observation.

Rhenter et Pigeaud [27] durent intervenir deux fois pour hémorragie grave aux 4^e et 5^e mois de la gestation chez des multipares. Une fois, on put extraire l'œuf en bloc, la deuxième fois il fallut l'ouvrir. Dans les deux cas l'intervention permit d'affirmer catégoriquement l'insertion basse.

Enfin Pigeaud [25] dans sa thèse, signale qu'il dut intervenir à plusieurs reprises sur des placentas prævia au cours des premiers mois, mais il ne précise pas s'il s'est agi de curages au cours desquels fut décelée l'étiologie exacte de l'hémorragie, ou de rupture thérapeutique des membranes, le diagnostic étant déjà posé avant l'intervention.

Ces observations, jointes au fait qu'en une seule année scolaire, on put réunir à la clinique obstétricale de Lyon, après élimination rigoureuse de toute intervention passé le 6^e mois de la gestation, 5 observations de placenta prævia ayant nécessité un traitement obstétrical actif au cours des deux premiers trimestres de la grossesse, montre bien qu'il s'agit là d'une éventualité relativement fréquente.

III

NATURE DES ACCIDENTS OBSERVES

Nous avons trop insisté au cours de l'historique sur la relative fréquence de l'expulsion spontanée de l'œuf complet bas inséré dans les premiers stades de la gestation pour qu'il soit nécessaire d'y revenir maintenant. Aussi bien n'est-ce pas là le véritable objet de notre étude.

Classiquement, les accidents dus au placenta prævia sont de deux ordres :

ACCIDENTS HÉMORRAGIQUES : petites pertes insidieuses au début, puis écoulement de véritables flots de sang mettant en danger la vie de la malade par son abondance même ou par sa répétition;

ACCIDENTS INFECTIEUX beaucoup plus sournois dans leur apparition mais non moins redoutables et qui, Tarnier en particulier a bien insisté là-dessus, enlèvent à peu près autant de malades que l'hémorragie ou la rupture utérine elle-même. Pour s'en tenir à la seule statistique d'Hitschmann citée par Vignes, sur 236 morts on en relève 117 par infection et 119 par hémorragie (80 par déchirure du col et du segment, 16 par atonie utérine, 6 par adhérences anormales, et 17 par mécanisme inconnu). Actuellement

cette mort par infection semble en régression, sans toutefois être devenue négligeable, puisqu'en additionnant les réponses adressées au congrès de langue française en 1933, on trouve entre les cas traités obstétricalement et ceux traités chirurgicalement 52 cas de mort par infection sanguine ou péritonite contre 92 cas de mort par hémorragie immédiate ou secondaire à une rupture utérine.

Toutefois, dans nos observations d'accidents précoces l'infection semble passer très loin derrière l'hémorragie, puisque malgré des manœuvres répétées dans plusieurs cas (tamponnement, puis rupture des membranes suivie parfois de mise en place d'un ballon) on n'eut à déplorer aucun accident infectieux, simplement par l'observance d'une stricte asepsie et avec l'aide d'un traitement anti-infectieux préventif.

Le véritable danger dans les manifestations précoces du placenta prævia est donc l'hémorragie.

Dans toutes nos observations, il s'est agi d'hémorragies relativement abondantes de sang rouge, parfois assez inquiétantes dès leur apparition, quoique rarement, mais surtout répétées, tenaces, anémiant graduellement la malade et, si désireux que soit notre Maître M. le Professeur Voron, de respecter la grossesse, finissant toujours par l'obliger à décider l'interruption de celle-ci après échec du traitement médical mis en œuvre.

OBSERVATIONS

Nous n'avons retenu ici que les observations de placenta prævia où l'on dut interrompre la grossesse. A plusieurs reprises le diagnostic de placenta prævia a pu se discuter en présence de malades envoyés à la clinique obstétricale avec des hémorragies des premiers mois de la gestation sous la rubrique « menace d'avortement », mais la grossesse se poursuivait sans encombre bien que l'état d'anémie de ces femmes ait été quelquefois inquiétant et ait nécessité un traitement médical actif. Plus souvent encore, le curage digital ou la simple révision utérine pratiquée après un avortement, a permis de sentir une plaie placentaire siégeant dans la zone basse de l'utérus. Nous n'avons pas tenu compte non plus de ces observations qui nous paraissent déborder les limites fixées à ce travail.

OBSERVATION N° 1

Mme B... Marie-Louise, III geste, 26 ans, entrée à l'Infirmerie le 4 octobre 1935.

Envoyée par son médecin avec le diagnostic de « *fausse couche de 3 mois avec hémorragies répétées* ».

Dans ses *antécédents*, on relève :

Deux enfants en bonne santé ; accouchements normaux.

Pas d'avortement. Règles tous les 30 jours, d'une durée de 4 à 5 jours.

Dernières règles le 23 juin, donc retard d'environ 3 mois 1/2.

Début des pertes sanglantes le 29 septembre, peu importantes (la malade a perdu durant toute sa grossesse. Hémorragies survenant à la date présumée de ses règles). Présence de caillots depuis le 3 octobre.

Pas de douleurs, pas de vomissements, pas de frissons. La température n'a pas été prise.

A l'entrée, femme perdant toujours en rouge. La température est à 37°6.

Devant la persistance de l'hémorragie, le col étant perméable, on rompt les membranes.

Le 5 au matin, expulsion spontanée d'un œuf paraissant entier.

Examen de la pièce : *Placenta proevia latéral* ; membranes avec traces d'hémorragies anciennes. Fœtus : 270 grs. Placenta : 220 grs.

En résumé :

Début des accidents hémorragiques à la fin du troisième mois de la gestation. Rupture thérapeutique des membranes *au début du quatrième mois*. *Placenta proevia latéral*.

OBSERVATION N° 2

Mme L... Germaine, 18 ans, entrée à l'Infirmerie le 25 novembre 1936.

Envoyée par son médecin avec la mention : « *grossesse de 4 mois interrompue. Pertes rouges persistantes depuis 10 jours. A hospitaliser pour curettage* ».

Dans les *antécédents*, on note :

Pas d'enfant, pas d'avortement. Jeune femme bien réglée tous les 30 jours pendant 5 à 6 jours.

Règles douloureuses et abondantes.

Dernières règles le 22 juillet.

En fin septembre, apparition d'une hydorrhée avec douleurs abdominales, ces dernières ayant persisté pendant deux jours. Les jours suivants, et jusqu'à il y a six semaines, pertes à peine teintées avec quelques douleurs lombaires empêchant la malade de travailler.

Depuis 5 ou 6 semaines, pertes rouges de plus en plus abondantes. Il y a 15 jours : hémorragie. Ces pertes rouges, depuis, ont persisté avec coliques abdominales et vomissements bilieux, surtout le matin ou après les repas. Présence de quelques caillots récemment.

A l'entrée :

Utérus manifestement gravide, de volume correspondant à l'âge du retard des règles. Rien dans les culs-de-sac. Col rigoureusement fermé. La malade raconte une histoire d'hydrohématorrée ; le doigt ramène en effet un peu de liquide brunâtre.

Le 27 novembre 1936 : Hémorragie importante ce matin. On fait un *tamponnement*.

Le 28 novembre 1936 : Ablation du tamponnement. La malade ne perd plus.

Le 29 novembre : Réaction de Brouha positive.

Le même jour, *nouvelle hémorragie*, col légèrement entr'ouvert. On pratique sous anesthésie, une dilatation à la bougie jusqu'au n° 16 (Dr Lyonnet). Rupture artificielle des membranes. On sent au doigt un petit membre fœtal qu'il est impossible d'abaisser. On essaye prudemment de l'abaisser avec une pince, sans résultat. *Nouveau tamponnement*. On fait deux injections de 2 cc. de quinine-calcium.

Le 30 novembre : Température à 38°2. Pouls à 110.

Ablation du tamponnement. Col non modifié. On fait

trois injections de spasmalgine. La malade ne perd plus mais se plaint de céphalées vives. On donne du rubiazol à titre préventif.

Dans l'après-midi, la malade prend quelques douleurs et on constate un cordon procident à la vulve. Une main fœtale passe à travers le col. Celui-ci n'est toujours pas dilaté ni dilatable. On fait une injection de spasmalgine. La température est à 39°.

A 22 heures, la malade expulse le fœtus ; sans anesthésie on extrait *le placenta qui est inséré au niveau du col*. On ne fait pas de curage (utérus infecté possible). On se contente de pratiquer une injection intra-utérine.

En résumé :

Insertion basse du placenta déterminant au quatrième mois des accidents hémorragiques graves traités par la rupture des membranes, non suivie de l'entrée en travail.

Déclenchement médicamenteux du travail.

Placenta proevia latéral au moment des accidents.

OBSERVATION N° 3

Mme B..., VI geste, 30 ans, entrée à l'Infirmierie le 20 mai 1937.

Malade envoyée par son médecin avec le diagnostic : « abortum ».

Dans les *antécédents*, on relève :

Quatre enfants vivants (qui ont de 4 à 10 ans) ;

Un avortement gemellaire à 5 mois, il y a 2 ans ;

Il y a 4 ans, crise de rhumatisme articulaire aiguë traitée par le salicylate. On n'a pas parlé de lésion cardiaque.

Dernières règles le 15 janvier. Les mois suivants, il y eut quelques écoulements sanguins peu importants, à peu près au moment présumé des époques.

Le 6 mai : Hémorragies importantes, avec douleurs

lombaires. Ces hémorragies se répètent, puis expulsion de quelques caillots.

A l'entrée, le 20 mai, on constate un placenta proevia central partiel et on pratique une *rupture des membranes* devant l'importance de l'hémorragie.

Expulsion spontanée du fœtus quelques heures après.

La persistance de l'hémorragie commande un curage digital.

En résumé :

Insertion basse du placenta avec hémorragie grave commandant la rupture des membranes à 3 mois 3/4 de grossesse.

OBSERVATION N° 4

Mme F..., III geste, 32 ans, entrée à l'Infirmierie le 14 juin 1937.

Malade envoyée par son médecin pour « *Grossesse de 4 mois 1/2, une métrorragie survenue il y a 2 mois 1/2, et actuellement hémorragies utérines importantes.* »

Dans les *antécédents*, on note 2 accouchements normaux. Enfants vivants.

Dernières règles le 20 janvier.

A l'entrée, utérus paraissant plus gros que l'âge de la grossesse ne le faisait supposer. Col complètement fermé. Bruits du cœur non perçus.

Devant l'abondance de l'hémorragie on pratique un tamponnement. Le tamponnement serré ne suffisant pas à arrêter l'hémorragie, on fait monter la malade à la salle de travail. Quatre observateurs différents n'entendent pas les bruits du cœur. On pratique à ce moment (le 16 juin 1937, à 21 heures) une rupture artificielle des membranes, le col étant à peine perméable à la pulpe du doigt. Injection de spasmalgine, l'utérus paraissant tétanisé.

Le travail ne s'étant pas déclenché on tente le *lendemain* 15 juin, un déclenchement médicamenteux (Quinine, Hypophyse) : Apparition de quelques douleurs qui cessent rapidement. Persistance d'un petit suintement, mais depuis la rupture des membranes, l'hémorragie a perdu son caractère inquiétant.

Le 16, *au matin*, nouvel essai de déclenchement médicamenteux modifié par adjonction de spasmalgine qui ne provoque encore que quelques douleurs passagères.

Le *lendemain*, on décide, sur le conseil du Pr Voron, de mettre en place un ballon de Champetier après dilatation instrumentale.

Intervention : Dr Rochet.

Le col étant trouvé très largement perméable au doigt et permettant de sentir à gauche et en avant un cotylédon, on met facilement en place un petit ballon de Champetier. Remplissage du ballon.

Le travail se déclenche peu après. Le ballon est expulsé à 2 heures. Une heure après environ, expulsion d'un fœtus vivant ; expulsion spontanée d'un placenta dont l'examen montre les caractéristiques suivantes :

Rupture des membranes à moins d'un centimètre du bord ; dépôt fibrineux autour de l'insertion choriale — petit hématome très faiblement adhérent sur la face maternelle. Aucune anomalie du cordon. Délivre paraissant absolument complet.

En résumé :

Première hémorragie dès la fin du deuxième mois de la gestation. Accidents hémorragiques graves à 4 mois 1/2. Rupture des membranes non suivie de déclenchement du travail malgré deux tentatives de provocation médicamenteuse.

Mise en place d'un ballon inextensible.

Expulsion spontanée du fœtus et du délivre.

Placenta proevia marginal.

OBSERVATION N° 5

Mme R..., VII geste, 38 ans.

Premier séjour à l'Infirmierie le 28 juin 1937 pour menace d'avortement ; hospitalisée après avoir été vue à la consultation le jour même.

On note dans *ses antécédents* :

5 enfants vivants — 1 enfant mort à 6 semaines de broncho-pneumonie — 1 avortement à 1 mois il y a plusieurs années.

En octobre 1935, un mois avant son dernier accouchement, la malade a été hospitalisée dans le service de la « pathologie de la grossesse » pour pyélonéphrite.

Dernières règles le 26 février.

Début des hémorragies le 20 juin : sang rouge. En même temps, douleurs abdominales violentes. Pas de douleurs lombaires. Un médecin est alors consulté et met la malade en observation au lit. Mais devant la persistance des hémorragies depuis lors, *la malade entre à l'hôpital*. Il n'y a jamais eu de fièvre.

A l'examen : Abdomen souple. Utérus très volumineux ; manifestement gravide. Pas de ballottement. B. C. non perçus. Au toucher : col fermé. Rien dans les culs-de-sac.

Sort du service le 3 juillet avec un traitement médical. Durant son séjour, a présenté quelques pertes sanglantes, sans expulsion de débris ovulaires.

Deuxième séjour, le 20 juillet 1937.

La malade déclare que, depuis sa sortie, elle a continué à présenter des hémorragies de sang rouge. Depuis le 18, elle dit avoir expulsé quelques caillots. Elle n'avait jamais eu de fièvre et a présenté à nouveau le 19 quelques douleurs abdominales.

A l'entrée, persistance d'un écoulement sanguin. Pas de douleurs. Température à 38°9, pouls à 130.

A l'examen, l'abdomen est souple et indolore. Utérus gravide dépassant de deux travers de doigt l'ombilic. Bruits du cœur non perçus. *Etat d'anémie marquée*.

Au toucher, utérus en forte antéversion. Col fermé. Douleur au niveau du cul-de-sac gauche.

Le 21 juillet 1937 : la malade continue à présenter des hémorragies.

On place un tamponnement vaginal, le col restant fermé.

Le 22 juillet 1937 : On enlève le tamponnement : col entr'ouvert. Dilatation aux bougies d'Hegar jusqu'au n° 18. Placenta latéral. Rupture artificielle des membranes. Abaissement d'un pied à la vulve suivant la technique de Braxton-Hicks (Dr Lyonnet). Trois injections de rétropituite, deux injections de spasmalgine.

Le 23 juillet 1937 : Expulsion spontanée d'un fœtus macéré et, une demi-heure après, délivrance par refoulement. En même temps que le fœtus expulsion de nombreux caillots.

Poids du fœtus : 380 grs. Placenta : 250 grs.

Le 29 juillet 1937 : La sérologie pratiquée est négative.

En résumé :

Début des accidents hémorragiques au milieu du quatrième mois. Interruption de la grossesse avant 5 mois : Braxton-Hicks et accouchement dirigé après dilatation aux bougies d'Hegar.

Expulsion du produit de conception macéré.

Placenta proevia latéral.

Etude critique des observations

PARITÉ. — Toutes nos observations, à l'exception de la deuxième, concernent des multipares, ce qui cadre bien avec les notions classiques. Il ne semble pas y avoir un âge particulièrement critique pour autant qu'on puisse en juger sur un si petit nombre de cas.

DATE DE LA PREMIÈRE HÉMORRAGIE. — Dans les observations 1 et 3 sont apparues à la date présumée des premières règles manquantes, quelques glaires rosées sans caractère inquiétant. Dans tous les autres cas, la première hémorragie est survenue entre la fin du deuxième et celle du troisième mois. C'est également au troisième mois que, dans les observations en question, étaient apparues les premières hémorragies de sang rouge pur.

TRAITEMENT. — Deux seulement de nos malades (obs. 1 et 3) furent traitées d'emblée comme des placenta prævia par la méthode de Puzos. Les trois autres présentaient des cols fermés ou à peine entr'ouverts et furent considérées, étant donné l'abondance de l'hémorragie, comme devant présenter à brève échéance un avortement inévitable. Elles furent en conséquence tamponnées, l'état du col ne permettant pas d'autre thérapeutique. Ce n'est qu'après l'ablation du tamponnement toujours suivi chez nos malades d'une dilatation du col suffisante pour laisser passer le doigt qu'on se rendit compte de la nature exacte de l'affection et qu'on en profita pour rompre les

membranes. Dans deux observations ce traitement fut insuffisant pour amener la sédation de l'hémorragie et l'on dut une fois (obs. 4) mettre en place un petit ballon de Champetier, une autre (obs. 5) pratiquer un Braxton Hicks après avoir complété la dilatation aux bougies d'Hégar.

DÉCLENCHEMENT DU TRAVAIL. — Il eut lieu deux fois sans autre manœuvre, après la simple rupture des membranes (obs. 1 et 3). Trois fois, on fit suivre cette dernière d'une tentative de provocation médicamenteuse par l'association quinine. pituitrine et spasmalgine avec échec complet dans l'observation 4, succès dans l'observation 2, succès également dans l'observation 5; mais il convient de noter pour cette dernière observation que le Braxton Hicks pratiqué avait été impuissant à déclencher le travail.

VARIÉTÉS DE PLACENTA PRÆVIA. — Alors que, comme nous l'avons vu dans notre historique, Hecker et Schröder incriminaient surtout la variété centro-centrale, la majorité de nos observations concerne la variété latérale. Une seule fois dans l'obs. 3, il s'agit d'un placenta central partiel, une autre fois (obs. 4) on avait à faire une insertion marginale. Il convient d'ailleurs de noter qu'il s'agit là d'une classification approximative. Il est très difficile, en effet, de comparer ce qui se passe dans un avortement où la dilatation du col reste habituellement modérée et ce qui se passe dans l'accouchement à terme où il y a effacement total et dilatation complète du canal cervico-utérin.

V

MECANISME DES ACCIDENTS HEMORRAGIQUES PRECOCES

Suivant les auteurs, trois grandes théories se partagent la pathogénie des hémorragies du placenta prævia :

La première en date est la théorie de la distension du segment inférieur due à Jacquemier. Elle repose sur ce fait qu'à la fin de la gestation, l'utérus grandit plus vite que le placenta presque arrêté dans sa croissance d'où tiraillements et clivage de la caduque inter-utéro-placentaire et hémorragie consécutive.

La théorie du glissement soutenue par Léon Dumas et par Schröder est la suivante : la dilatation du travail est due au glissement du segment inférieur sur l'œuf et naturellement ce fait n'est possible que par clivage de la caduque. Si en cas de placenta normalement inséré, ce clivage peut se produire sans inconvénient, en cas de placenta prævia, il atteint la caduque inter-utéro-placentaire, décolle le placenta et provoque l'hémorragie.

La théorie du tiraillement des membranes due à Pinard est en fait le complément de la précédente : sous l'influence de la contraction utérine, les mem-

branes bombent sous la poussée du liquide amniotique. Si dans l'œuf normal, les pressions se répartissent d'une façon parfaitement symétrique, en cas d'insertion basse au contraire, les membres bombant à l'orifice cervical tiraillent sur le placenta, le décollant et le faisant saigner.

Deglaire [8] dans sa thèse, insiste évidemment sur les disjonctions de la caduque inter-utéro-placentaire. Il fait jouer un grand rôle aux frictions produites par la présentation et au décollement des membranes. Par ailleurs, il discute longuement l'origine véritable du sang écoulé, qui viendrait non pas de la portion du segment où était primitivement inséré le placenta, le segment étant pour lui tout aussi capable que le corps de l'utérus d'assurer son hémostase par des ligatures vivantes (les recherches modernes sur l'histologie du segment inférieur confirmant cette hypothèse), mais du placenta décollé comme l'admettaient les auteurs anciens. Mais surtout il insiste sur la production presque immédiate de caillots, dans l'hiatus inter-utéro-placentaire alors même que l'hémorragie continue.

En réalité toutes ces théories valables plus ou moins pour l'utérus au voisinage du terme expliquent très mal les accidents précoces du placenta prævia. En effet, à l'exception de la théorie de Jacquemier, toutes nécessitent la mise en œuvre d'un début de travail. Or, l'étude de nos observations nous a montré bien au contraire, combien pouvait souvent être difficile la mise en travail de ces femmes saignant au début de la grossesse. Pour d'autres raisons, la théorie de

Jacquemier ne nous paraît guère acceptable puisqu'elle présuppose une disproportion entre la croissance utérine et la croissance placentaire alors que dans les premiers mois de la gestation, une progression parallèle met en harmonie croissance utérine et croissance des villosités choriales.

Une seule théorie nous paraît acceptable pour expliquer les accidents précoces du placenta proevia. Extrêmement séduisante, cette théorie due à MM. Rhenter et Pigeaud [27] a été émise primitivement pour expliquer l'avortement par insertion vicieuse du placenta. Elle explique en particulier très bien l'âge auxquels surviennent habituellement les accidents graves précoces, à savoir aux 4^e et 5^e mois. Elle fait intervenir les modifications importantes subies par les caduques à ce stade de la grossesse. Alors que, pendant les trois premiers mois, ces dernières avaient été le siège d'une hyperplasie intense, vers le 4^e mois elles s'amincissent, la caduque utérine se soudant à la caduque ovulaire ou réfléchie et même, en regard de l'orifice interne du col, ces caduques se résorbent de telle façon que l'œuf ayant atteint à peu de chose près son aspect définitif, entre le 4^e et le 5^e mois, ses membranes se trouvent à nu en regard de l'orifice interne de l'utérus. Mais dans l'insertion vicieuse du placenta, des villosités choriales plongeaient à ce niveau dans les caduques. Lors de la résorption de ces dernières, elles se trouvent mises à nu, ce qui ne va pas sans provoquer d'hémorragie.

Les accidents précoces du placenta proevia se trouvent donc facilement expliqués par cette dispari-

tion des caduques cervicales et la dénudation consécutive des villosités choriales. Quant à l'avortement qu'avaient surtout en vue MM. Rhenter et Pigeaud, il a lieu surtout si l'hémostase se faisant spontanément, de petits caillots se produisent et par leur expulsion successive provoquent une irritation mécanique du col et de l'isthme, déclenchant des contractions utérines parfois assez efficaces pour mener à bout le travail d'avortement.

C'est donc en somme de la qualité de l'hémostase que dépendra, soit la persistance de la grossesse, si l'hémostase se produit assez vite pour n'entraîner la formation que de caillots peu volumineux, soit l'expulsion de l'œuf si les caillots formés sont suffisamment nombreux pour mettre l'utérus en travail, soit enfin des accidents hémorragiques graves si l'hémostase spontanée est insuffisante.

Cependant une réflexion vient à l'esprit; il semblerait que l'avortement devrait surtout s'observer dans les variétés centro-centrales du placenta proevia et nous retrouvons là une idée chère à Schröder. Or nos observations concordent assez mal avec ces données théoriques. Toutefois nous avons déjà vu qu'il était assez difficile de faire sur un utérus d'aussi faible volume que celui d'une grossesse de 4 mois un diagnostic très exact de variété d'insertion. Par ailleurs, dans le placenta proevia l'étalement des villosités et leur extension à une grande partie du chorion est un phénomène bien connu. Sans vouloir parler de cas exceptionnels tels que l'observation de Bonnaire et Wilhelm dont nous avons déjà parlé,

tous les accoucheurs ont vu de ces délivres où le chorio rugueux et dépoli se continuait sans frontière bien nette avec le placenta, si bien que, alors que la majeure partie du placenta est latérale par rapport à l'orifice interne du col, il suffit de quelques villosités aberrantes primitivement insérées sur l'orifice cervical pour amorcer une hémorragie et un décollement qui s'étendront secondairement au bord de la masse placentaire principale.

La théorie de MM. Rhenter et Pigeaud est donc en définitive la seule qui paraisse pouvoir expliquer ces hémorragies du quatrième mois et l'avortement que l'on observe assez souvent dans les premiers stades du placenta proevia. Mais comment expliquer les premières hémorragies du placenta proevia, celles qui surviennent avant la soudure des caduques et leur atrophie au niveau du col ?

On peut, pour des pertes rosées du premier mois de la gestation, pertes qui sont d'ailleurs souvent considérées comme la persistance des règles au cours de la grossesse, admettre qu'il s'agit d'un écoulement leuco-hémorragique dû à l'endométrite. En effet, celle-ci est presque constante chez les femmes atteintes de placenta proevia. Il ne s'agit d'ailleurs ici que d'une simple hypothèse dont nous ne pouvons pas apporter la confirmation. Il est plus difficile peut-être d'expliquer les pertes franchement sanglantes qu'on observe au cours du 2^e ou du 3^e mois. Bien qu'une telle étiologie soit impossible à démontrer absolument, le traumatisme constitué par les rapports sexuels n'est sans doute pas entièrement irres-

ponsable de telles hémorragies. On conçoit d'ailleurs très facilement que les villosités choriales insérées sur le col et l'isthme puissent être tiraillées au cours des rapprochements. Leur décollement peut être d'autant plus facile à provoquer que des phénomènes de congestion importants accompagnent l'hyperplasie de la caduque pendant les premiers mois.

Quoi qu'il en soit et qu'il s'agisse de pertes sanguines très précoces des trois premiers mois ou des accidents graves du quatrième ou du cinquième mois, l'effusion de sang a été, dans nos observations, toujours préexistante au déclenchement du travail et ce point suffit à nous faire rejeter les théories classiques.

VI

PRONOSTIC

Autant que nous puissions en juger par le faible nombre des cas que nous avons recueillis, le pronostic de ces accidents est extrêmement différent du pronostic du placenta proevia au cours des trois derniers mois de la gestation. Nous n'avons jamais rencontré de ces hémorragies massives qui nécessitent une intervention d'extrême urgence sous peine de voir succomber la malade en quelques instants. Il ne faut toutefois pas en méconnaître la possibilité et l'observation de Magid suffit à nous le rappeler. cette observation où l'hystérectomie pratiquée d'urgence, ne parvint pas à guérir une malade trop choquée et trop anémiée.

En règle générale, le danger vient plus, au cours des accidents que nous envisageons dans ce travail, de la répétition de l'hémorragie que de son abondance sur le moment. Aussi la plus grande facilité que l'on a à intervenir pour ainsi dire à tête reposée dans de bonnes conditions d'installation permet-elle de guérir les malades presque à coup sûr, au prix cependant d'une interruption de la gestation.

Il serait péril d'étudier un pronostic fœtal, puis-

que nous n'avons retenu que les observations où cette solution dut intervenir.

Si le pronostic du placenta proevia au voisinage du terme est lourdement grevé même après l'arrêt de l'hémorragie par l'infection puerpérale consécutive, nous avons vu qu'il n'en était pas de même ici. Il convient toutefois de faire des réserves en ce qui concerne les femmes ayant subi des examens répétés, des tamponnements, voire même une rupture thérapeutique des membranes à domicile. La fièvre, qui avait été notée dans certaines de nos observations, ne se maintint pas après l'expulsion de l'œuf et doit être interprétée comme une fièvre du travail, que l'on admette ou non une décharge infectieuse fugace à ce moment.

Le pronostic dépendra donc en définitive de la rapidité apportée au transfert de la malade dans un milieu obstétrical (clinique ou hôpital) convenablement outillé.

De toutes façons, il est dans l'ensemble infiniment plus favorable que dans les accidents survenant au terme de la gestation.

VII

TRAITEMENT

Nous éliminerons tout d'abord le curage d'urgence après un avortement spontané dû à l'insertion vicieuse du placenta. C'est l'indication habituelle du curage, sans rien de particulier, et nous sortirions, en nous y étendant trop longuement, du cadre de notre travail.

TAMPONNEMENT.

Il convient peut-être d'accorder une place un peu plus importante au tamponnement vaginal d'urgence. Très souvent mis en œuvre avant un diagnostic précis, ce traitement peut être imposé par une hémorragie utérine profuse dont on ignore la cause exacte chez une femme enceinte. C'est en somme le traitement d'urgence d'une menace d'avortement ou plus exactement en fait, d'un avortement inévitable. Ainsi employé, il a été, dans nos observations II et V, le moyen d'arriver à un diagnostic exact. En effet, derrière le tamponnement ainsi placé, il est rare que le col ne se dilate pas au moins partiellement, permettant d'arriver plus ou moins facilement sur le placenta bas inséré.

Mais le tamponnement mérite d'être envisagé également comme un moyen de traitement du placenta proevia diagnostiqué. Ainsi, toujours dans notre observation II, après rupture des membranes, la dilatation du col étant insuffisante pour permettre de vider l'utérus et le déclenchement du travail ne se produisant pas assez rapidement, on dut mettre en place un nouveau tamponnement derrière lequel le col termina sa dilatation.

RUPTURE DES MEMBRANES ET MISE EN TRAVAIL

C'est, de toutes les méthodes, celle qui nous paraît la meilleure. La rupture des membranes à elle seule suffit presque toujours, sinon à enrayer complètement l'hémorragie, du moins à lui enlever son caractère inquiétant. Elle n'est malheureusement pas, à cette époque de la grossesse, suivie à coup sûr d'un déclenchement rapide du travail. Bien loin de là. Trois fois sur cinq, au contraire, il fallut remédier à cette situation par une tentative de provocation médicamenteuse.

Ce n'est qu'en cas d'échec de cette dernière, tentée dans nos observations par l'association quinine et spasmalgine, voire même une fois par la méthode de Hauch modifiée selon la technique du Pr Voron, que l'on essaiera de favoriser le déclenchement du travail par une irritation mécanique (tamponnement suivi d'un ballon de Champetier une fois, d'un Braxton-Hicks une autre fois dans nos observations).

Cependant, la dilatation du col n'est pas toujours

suffisante pour accéder directement aux membranes et l'on peut être conduit à pratiquer dans ce but une dilatation instrumentale. Ce fut d'ailleurs le cas pour les deux observations précédentes.

MANŒUVRES PLUS RARES

A cette époque de la grossesse, il est rarement nécessaire de recourir à la manœuvre de Braxton-Hicks pour arrêter une hémorragie incoercible. Néanmoins, nous venons de voir que cette manœuvre a pu être employée pour réveiller les contractions utérines.

Les mêmes réflexions peuvent s'appliquer à l'emploi du ballon de Champetier.

MANŒUVRES D'EXCEPTION

Nous avons vu, au cours de notre étude historique, que certains auteurs avaient eu recours à la version, suivie d'extraction immédiate du fœtus. Si cette manœuvre n'est pas passible des mêmes reproches que dans le cas de placenta proevia à terme, le segment étant notablement plus résistant en proportion des tractions qu'il supporte, elle présente toutefois un grave inconvénient. En effet, tous les accoucheurs qui ont peiné pour extraire une petite tête fœtale séparée du tronc et retenue in utero, sont très circonspects dans son emploi.

Le décollement en bloc du placenta selon la méthode de Wood-Simpson a surtout un intérêt histo-

rique. Toutefois, on peut, à la rigueur, l'employer en cas de placenta centro-central, mais même dans ce cas, on peut se demander s'il n'est pas plus simple de pénétrer directement dans la cavité ovulaire en effondrant le placenta.

Quant à la césarienne dont Turenne a rapporté un cas, elle nous paraît un traitement un peu agressif pour une complication semblable. Nous en dirons de même de l'hystérectomie, malgré l'observation de Magid où il existait peut-être bien une rupture du segment après les manœuvres d'évacuation utérine.

Les lésions associées, telles que le cancer du col dans l'observation de Mary Smith, ou d'autres moins exceptionnelles, telles qu'un fibrome sous-muqueux peuvent réclamer un traitement particulier, mais nous sortons là du cadre de notre travail.

TRAITEMENT ANTI-INFECTIEUX ADJUVANT

Il est entendu que dans tous les cas, et en particulier dans ceux où il existe de la fièvre au cours du travail d'avortement, on s'aidera de l'arsenal moderne : chimiothérapie antistreptococcique préventive et curative, sérothérapie antistreptococcique par le sérum de l'Institut Pasteur ou le sérum de Vincent toutes les fois qu'on observera de la fièvre dans les jours suivant l'accident hémorragique.

En réalité, nous avons vu que ce traitement sérothérapique est rarement nécessaire. La meilleure lutte contre l'infection sera l'abstention de toute manœuvre à domicile si l'on n'est pas parfaitement

ouillé et le transport dans un milieu obstétrical convenable. Le nombre relativement considérable de tamponnements vaginaux consignés dans nos observations et dont aucun ne fut suivi de fièvre, dès l'évacuation utérine, est bien la preuve formelle de l'efficacité de cette précaution.

VIII

CONCLUSIONS

I. — Depuis la fin du siècle dernier, il est admis par la plupart des auteurs que le placenta proevia peut se manifester par des hémorragies très tôt au cours des premiers mois de la gestation et qu'on doit lui accorder une large place dans l'étiologie des avortements spontanés.

II. — Indépendamment de la possibilité bien connue maintenant des hémorragies précoces, il semble que ces hémorragies puissent dans certains cas revêtir une gravité exceptionnelle et amener à pratiquer l'évacuation de l'utérus devant le danger qu'elles font courir aux malades.

III. — Devant de tels accidents, la thérapeutique qui permet presque à coup sûr d'arrêter l'hémorragie est la rupture des membranes selon la méthode de Puzos. Toutefois ce procédé suffit rarement à déclencher le travail et il y a lieu le plus souvent de tenter la provocation médicamenteuse de ce dernier. En cas d'échec, il est légitime de recourir à la manœuvre de Braxton-Hicks ou à la mise en place d'un ballon de Champetier de Ribes employés plus à titre ocytocique qu'à titre hémostatique.

IV. — Le mécanisme intime de ces hémorragies graves précoces semble provenir de la disparition au cours du quatrième mois des caduques en regard de l'orifice interne du col et de la mise à nu des villosités chorio-placentaires qui en résulte en cas d'insertion vicieuse de l'œuf.

V. — Le pronostic maternel de ces hémorragies est beaucoup moins grave que celui des hémorragies survenant au terme de la gestation. Mais la guérison n'a pu être obtenue dans toutes nos observations qu'au prix d'une interruption thérapeutique de la grossesse, d'ailleurs toujours extrêmement compromise dans ces cas-là.

VI. — Sauf exceptions rares, aucun traitement chirurgical n'est indiqué et l'évacuation complète de l'utérus, seul traitement véritablement efficace du placenta proevia, est toujours réalisable à cet âge de la grossesse par les voies naturelles.

Vu :

LE DOYEN,

JEAN LÉPINE.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

VORON.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 4 Février 1938.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

A. LIRONDELLE.

IX

BIBLIOGRAPHIE

1. ABERNETTY Carl. — Contribution à l'étude des causes d'avortement et de l'accouchement prématuré. *Medizinische Klinik*, Berlin n° 49, décembre 1921, page 1475.
2. BARNES. — a) *Edinburgh Medical Journal*, juillet 1862, p. 1.
b) *Medical Times and Gazette*, 1864.
3. BONNAIRE et WILHELM. — Insertion vicieuse par diffusion placentaire. *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1910, p. 319.
4. BRION. — Etude pratique de 530 cas d'avortement. *Thèse Paris*, 1892-1893.
5. BRODHEAD et LANGROCK : in Charpentier.
6. BUCSAN (Constance). — Contribution à l'étude du traitement obstétrical et chirurgical des hémorragies par insertion du placenta sur le segment inférieur. *Thèse Paris*, 1928.
7. CHARPENTIER. — Traité pratique des accouchements. Paris 1883, tome I, p. 970 et suivantes.
8. DEGLAIRE. — De l'hémorragie et de l'hémostase dans l'insertion vicieuse du placenta. *Thèse Paris*, 1920-21.
9. DEPAUL. — Leçons de chimie obstétricale, rédigées par de Soyre (obs. 15), Paris, 1872-76.
10. DOUGAL (D.). — Les facteurs étiologiques de l'avortement ; une étude de 100 cas. *Brit. Med. Journ.*, 8 mai 1920, p. 632.

11. DUNCAN Matthews. — Sur le mécanisme de l'accouchement normal et pathologique (et recherches sur l'insertion vicieuse du placenta). Traduit par P. Budin. Préface de S. Tarnier, Paris, 1876.
12. GLICYNSKI. — *In* Charpentier.
13. GREEN. — Le placenta proevia au début de la gestation. *Medical Journal of Australia*, 4 oct. 1924, p. 349.
14. HECKER. — *Klin d. Geb.*, II, p. 170.
15. JACQUEMIER. — Manuel des accouchements et des maladies des femmes grosses et accouchées. Paris, 1846.
16. JEANNIN. — Les hémorragies des premiers mois de la grossesse. *Journal des Praticiens*, 11 mars 1936, p. 165-166.
17. KEIFFER. — Avortement à cinq mois ; placenta proevia. *La Presse Médicale Belge*, 18 mars 1894.
18. KRAUL Ludwig. — *In* Vignes.
19. KÜHN. — *In* Charpentier.
20. LEISHMAN. — *A system of midwifery*, Glasgow, 1876.
21. MAGID. — Ueber den Verblutungstod bei frühen Aborten und Placenta proevia cervicalis. *Zentralblatt für Gynäkologie*, t. LIII, n° 14, 6 avril 1929.
22. MONTIBERT. — La version de Braxton-Hicks dans le placenta proevia. *Thèse Lyon*, 1917.
23. MULLER Ludwig. — Le placenta proevia. *Thèse Stuttgart*, 1877.
24. OSIANDER (de Göttingen). — a) Commentatio de causa insertionis placenta in uteri orificium ex novis circa generationem humanam observationibus et hypothesibus declarata Göttingen, 1792.
b) Kleinert's Repertorium der Med. Chir. Journal, avril 1832, t. 24.

25. PIGEAUD. — Etude anatomique de 110 œufs humains.
Thèse Lyon, 1926.
26. PINARD. — Discussion à la Société obstétricale de France. Discussion commune. Séance du 21 avril 1882. In *Annales de la Société Obstétricale de France*, 1892, p. 59.
27. RHENTER et PIGEAUD. — Contribution à l'étude des avortements provoqués par une insertion vicieuse du placenta. *G. et O.*, 1928, tome II, page 464.
28. RITGEN. — In Tarnier et Budin.
29. DE ROUVILLE et MADON (Montpellier). — Hémorragies par placenta proevia dès le début de la grossesse, ayant entraîné l'avortement au cinquième mois. *Bullet. Soc. Obst. et Gynécologie*, 1924, p. 285.
30. SCHRÖDER. — Manuel d'accouchements. Traduction A. Charpentier, Paris, 1875.
31. SCHWEITZER. — 333 cas de placenta proevia. *Zentralblatt für Gyn.*, n° 46, nov. 1922, p. 1869.
32. SIMPSON. — Clinique obstétricale et gynécologique. Traduction Chantreuil. Paris, 1874, chez Baillières et Fils.
33. SMITH Mary. — Placenta proevia, grossesse de 3 mois 1/2. Cancer du col. Hystérectomie vaginale. Guérison. *American Journal of Obstetrics*, 1^{er} septembre 1890. *Répertoire universel d'obst. et Gyn.*, 25 octobre 1892, p. 470.
34. STARK. — In Tarnier et Budin.
35. SULLIVAN Young. — Placenta proevia et hémorragies des premiers mois de la gestation. *Am. Journ. of Obst. and Gyn. Saint Louis*, n° 5, 1922, p. 841.
36. TARNIER et BUDIN. — Traité des accouchements. Tome III, p. 598 et suivantes.

37. TISSIER. — Hémorragies précoces dans un cas de placenta proevia. *Nouvelles archives d'Obst. et de Gyn.*, mai 1892, p. 195. *Annales de la Société Obstétricale de France*, 1892, p. 59.
38. TRASK. — *In* Charpentier.
39. TREFURT. — *Hannoversche Annalen S.* 1841 *vid.* *Neue Zeitschrift für Geburtskunde*, 1843, p. 121.
40. TURENNE. — Traitement chirurgical des accidents de l'insertion basse du placenta. *Gyn. et Obst.*, 1930, t. 2, p. 289.
41. VANVERTS et Mlle G. GALLET. — *Bulletin Soc. Obst. et Gyn.*, 1927. p. 57. Insertion proevia presque centrale du placenta. Expulsion de l'œuf en bloc au sixième mois de la grossesse.
42. VARNIER. — *Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie*, 31 mai 1892.
43. VERRUCOLI. — Les facteurs étiologiques de l'avortement. *Rivista d'obst. et Ginec. pratica*, nov. 22, t. IV, n° 12, déc. 22.
44. VIGNES Henri. — L'insertion du placenta sur le segment inférieur. *L'Actualité Gynécologique*, Paris, 1934.

TABLE DES MATIERES

I. — Introduction.	11
II. — Historique.	13
III. — Nature des accidents observés.	21
IV. — Observations.	23
V. — Mécanisme des accidents hémorragiques précoces.	33
VI. — Pronostic.	39
VII. — Traitement.	41
VIII. — Conclusions.	47
IX. — Bibliographie.	49



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

00 00 00 IMPRIMEURS-ÉDITEURS 00 00 00

00 42, QUAI GAILLETON, 42 00

00 00 00 00 LYON 00 00 00 00



